FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1924 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel BONNOT

Né à Dunkerque le 28 février 1892

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

TROUBLES

DE LA

TENSION ARTÉRIELLE

CHEZ LES SYPHILITIQUES

Président: M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DOYEN	M. ROGER
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladïes des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladïes contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BRINDEAU JEANNIN COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propedeutique	SERGENT

AGREGES EN EXERCICE

MM.		
ABRAMI	GOUGEROT	MATHIEU
ALGLAVE	GREGOIRE	METZGER
BASSET	GUENIOT	MOCQUOT
BAUDOIN	GUILLAIN	MULON
BLANCHETIERE	HEITZ-BOYER	OKINCZYC
BRANCA	JOYEUX	PHILIBERT
CAMUS	LABBE (Henri)	RATHERY
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	RETTERER
CHEVASSU	LANGLOIS	RIBIERRE
CHIRAY	LARDENNOIS	ROUSSY
CLERC	LE LORIER	ROUVIERE
DEBRE	LEMIERRE	SCHWARTZ (A.)
DESMAREST	LEQUEUX	TANON
DUVOIR	LEREBOULLET	TERRIEN
FIESSINGER	LERI	TIFFENEAU
GARNIER	LEVY-SOLAL	VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère.

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MEDECINE
MEDECIN DE L'HÔPITAL BOUCICAUT
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR

En reconnaissance du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Messieurs :

LE PROFESSEUR SERGENT
LE PROFESSEUR QUENU
LE PROFESSEUR DELBET
LE DOCTEUR DE MASSARY

EXTERNAT :

Messieurs :

LE DOCTEUR ARROU (1913-1914)
LE PROFESSEUR DEBOVE (1914)
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE (1914)
LE PROFESSEUR CLAUDE (1920)

INTERNAT PROVISOIRE :

Messieurs :

LE DOCTEUR PAPILLON (1920)
LE DOCTEUR BABONNEIX (1920-21)
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE JONG (1921)
LE DOCTEUR FUNCK - BRENTANO (1921-22)

INTERNAT :

Messieurs :

LE DOCTEUR LESAGE (1922)
LE DOCTEUR BROUARDEL (1923)

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/tensionarteriell0000marc

GENERALITES SUR LA TENSION ARTERIELLE

La tension artérielle est la résultante de deux forces antagonistes qui s'équilibrent :

1° L'une intermittente, la force de contraction du ventricule gauche qui tend à chasser le sang du centre vers la périphérie;

2° L'autre constante, la résistance opposée à l'écoulement du sang par le resserrement plus ou moins accentué des petits vaisseaux périphériques.

La tension artérielle est donc sous la dépendance directe de plusieurs facteurs.

1° De l'état du cœur : qui influe sur l'énergie des contractions cardiaques, et sur l'importance de la masse sanguine, lancée à chaque systole;

2° De l'état des artères : les gros troncs assurant par leur élasticité la continuité et la régularité du débit sanguin dans tout l'arbre artériel. En même temps, cette même élasticité, en permettant aux parois artérielles de revenir sur elles-mêmes, fait progresser l'onde sanguine et facilite ainsi le travail du cœur;

3° Mais avant tout, de l'état des capillaires : les artérioles périphériques, par leur richesse en fibres

musculaires, jouissent d'un pouvoir de contractilité que règle le système nerveux vaso-moteur, excité lui-même par les glandes endocrines et vasculaires sanguines. Les capillaires jouent ainsi un rôle primordial dans l'équilibre de la tension artérielle en augmentant ou en diminuant par leur constriction ou leur dilatation la résistance périphérique à l'écoulement de l'onde sanguine.

*
* *

CAUSES AUXQUELLES ETAIENT RAPPORTEES LES VARIATIONS DE LA TENSION ARTERIELLE

Toutes les causes capables d'influer sur le cœur les artères, les capillaires ou sur le système nerveux vaso-moteur entraîneront donc des modifications passagères ou durables de la tension artérielle. Les facteurs faisant varier la tension artérielle restaient jusqu'à ces dernières années obscurs et certains auteurs déclaraient ne découvrir acuun antécédent chez les hypertendus dans 66 % des cas.

Les causes les plus diverses furent successivement invoquées.

L'hérédité qui se fait indiscutablement sentir dans certaines familles où l'hypertension et l'hémorragie cérébrale se rencontrent avec fréquence.

Le surmenage, les émotions.

Les intoxications : alcool, diabète, et surtout saturnisme.

Les troubles endocriniens : en particulier l'insuffisance ovarienne expliquant l'élévation de la tension artérielle chez les femmes après la ménopause, ou après hytérectomie.

Les lésions rénales : qui jouent effectivement un rôle de premier plan sur les modifications de l'équilibre tensionnel. Elles se rencontrent chez 80 % des hypertendus : soit évidentes, se manifestant par des symptômes cliniques nets; soit discrètes, révélées seulement par les méthodes délicates d'exploration de la valeur fonctionnelle des reins, soit par l'évolution ultérieure vers l'insuffisance rénale.

*
* *

FREQUENCE EXTREME DE LA SYPHILIS DANS LES MODIFICATIONS DE LA TENSION ARTERIELLE

Mais aujourd'hui, on incline à faire jouer dans les modifications de la pression sanguine un rôle de plus en plus important à l'infection spécifique et l'on tend à considérer la syphilis comme la cause troublant le plus souvent l'équilibre de la tension artérielle.

En effet, en recherchant systématiquement la syphilis chez les hypertendus, soit par l'interrogation des antécédents personnels ou héréditaires, soit par la recherche des stigmates (inégalité pupillaire — Argyll Robertson diminution des réflexes achilléens — leucoplasie buccale) soit enfin par l'examen du sang

(Bordet Wassermann) on constate l'extrême fréquence de cette infection, comme l'établissent de nombreuses et récentes observations. En effet, Vaquez et Lecomte relèvent 128 fois la syphilis chez mille hypertendus purs.

Amblard : 78 fois sur 100 malades de 30 à 65 ans.

Stoll : 90 fois sur 100, surtout chez les syphilitiques héréditaires.

Castaigne : 17 fois sur 100 seulement.

Et même dans les cas où l'hypertension s'accompagne de néphrite chronique, la syphilis est souvent à l'origine de l'altération rénale : Fiessinger trouve 30 fois la syphilis sur 100 néphrites hypertensives;

Letulle, dans 26 %;

Etienne, 63 %;

Fincke : 37 fois sur 39;

Lian, en examinant 8 hypertendus sans lésion rénale trouve sur 5 malades au-dessus de 50 ans :

5 Wassermann négatifs;

sur 3 malades au-dessous de 60 ans :

2 Wassermann positifs;

1 — négatif;

et chez 8 malades atteints de néphrite hypertensive :

sur 3 malades au-dsssus de 50 ans :

3 Wassermann négatifs;

sur 5 malades au-dessous de 50 ans :

2 — positifs;

3 — négatifs.

et conclut que si hypertension et néphrite chronique chez le vieillard relèvent souvent d'autre cause, chez

l'adulte, ils sont fréquemment d'origine syphilitique. De même, souvent l'hypertension est rencontrée chez des malades manifestement syphilitiques, tabétiques ou P. G.

On ne peut, de ce fait que le Wassermann est négatif, tirer aucune conclusion permettant d'écarter la syphilis, car l'hypertension apparaît généralement tardivement à une époque où le Wassermann a pu devenir négatif. De même, de ce fait que le traitement antispécifique reste parfois sans effet, on ne peut tabler pour écarter la syphilis, pas plus qu'on ne pourrait nier l'origine syphilitique du tabès sous le prétexte que cette affection n'est pas influencée par le traitement étiologique.

Aussi faut-il avec Gallavardin suspecter la syphilis.

1° Dans tous les cas d'hypertension permanente qui n'ont pas fait leur preuve surtout chez les sujets jeunes.

2° Dans tous les états hypertensifs modérés précoces accompagnés d'œdème aigu séparés par les périodes de latence évoluant vers l'insuffisance ventriculaire gauche.

*
* *

MECANISME PAR LEQUEL AGIT L'INFECTION SYPHILITIQUE SUR LA TENSION ARTERIELLE

S'il est fréquent de noter la syphilis comme cause

des variations de la pression sanguine, il est plus difficile d'établir par quel mécanisme elle agit.

On sait que la tension artérielle dépend avant tout de la résistance rencontrée par le flux sanguin dans les capilaires périphériques et secondairement de la force de contraction du ventricule gauche nécessaire pour vaincre cette résistance.

Il est difficile d'établir comment, à l'état pathologique, cet équilibre se rompt. La pathogénie en est encore obscure. De nombreuses théories ont été édifiées et combattues et sans chercher à approfondir une question encore en suspens, nous voulons essayer de montrer que la syphilis agit sur de nombreux organes, jouant un rôle important dans le maintien normal de la pression artérielle.

La syphilis peut s'attaquer en effet aux reins, aux capsules surrénales, aux artères.

La syphilis peut agir sur la tension artérielle en provoquant une néphrite chronique.

Toutes les hypertensions permanentes, a dit Amblard, sont d'origine rénale : soit que la sclérose rénale agisse mécaniquement, en augmentant la résistance des capillaires au niveau du rein (le sang pris entre le barrage rénal et l'impulsion cardiaque, presse sur les parois vasculaires, d'où hypertension) ; soit que du fait de l'insuffisance rénale des poisons hypertenseurs soient déversés dans le sang, agissant en provoquant la vasconstriction des capillaires.

Accessoirement, la syphilis agit sur la tension

artérielle en provoquant des lésions des parois artérielles :

Soit sclérose des gros vaisseaux, amoindrissant leur élasticité, diminuant ainsi le débit sanguin, et forçant le cœur à se contracter plus énergiquement, d'où hypertension ;

Soit sclérose générale des capillaires, toute modification de structure des petits vaisseaux accroissant leur résistance ;

Soit sclérose localisée à un viscère forçant le cœur à un travail plus grand pour que le viscère atteint reçoive une irrigation sanguine suffisante.

Enfin, en provoquant une insuffisance des sigmoïdes aortiques, la syphilis abaisse la tension minima par suite du reflux sanguin dans le ventricule gauche à chaque diastole à travers l'orifice sortique béant.

La syphilis peut, de plus, agir sur la tension artérielle en lésant les glandes endocrines et principalement la surrénale et le système chromaffine parasympathique. Sans entrer dans les discussions auxquelles l'hyperépinéphrie a donné lieu, on doit reconnaître qu'il peut y avoir insuffisance surrénale ou, au contraire, hyperfonctionnement avec hypersecrétion d'adrénaline chez les syphilitiques, donnant lieu à un abaissement ou à une élévation de la pression. Il est, en effet, fréquent de noter des lésions des capsules surrénales chez des sujets syphilitiques ayant présenté des troubles de la tension artérielle.

Presque toutes les glandes endocrines, non seu-

lement la surrénale, mais également l'ovaire ou l'hypophyse agissent sur le système sympathique qui règle la tonicité vasculaire. Le sympathique est, en effet, soumis aux actions divergentes des glandes endocrines frénatrices ou excitatrices d'où hypo ou hypertonie sympathique entraînant des modifications parallèles de la tension artérielle ; or, l'on sait combien fréquemment la syphilis se trouve à l'origine des troubles endocriniens.

Si la syphilis peut augmenter ou abaisser la tension, c'est le plus souvent l'hypertension qu'elle entraîne.

*
* *

EPOQUE A LAQUELLE APPARAIT L'HYPERTENSION CHEZ LES SYPHILITIQUES

L'hypertension apparaît tardivement chez les syphilitiques ; vers la 15e ou 20e année, ou même plus tard après la contamination. Mais les lésions qui déclenchent le processus hypertensif débutent beaucoup plus tôt, et évoluent déjà depuis longtemps quand apparaissent les troubles fonctionnels.

Dans quelques cas, l'hypertension a pu apparaître plus précocement deux ans ou même un an après le chancre, parfois pendant la période secondaire, et nous avons observé un cas où chez une jeune femme, une éruption de syphilides secondaires s'accompagnait d'une hypertension marquée à 22/12.

VARIETES DES TYPES CLINIQUES SELON L'EXTENSION DES LESIONS

Cliniquement, l'hypertension peut être la seule manifestation de l'infection syphilitique, mais souvent elle peut être associée à d'autres lésions artérielles ou rénales. En effet, selon la localisation et l'extension des lésions syphilitiques, on peut observer différents types cliniques. On sait avec quelle prédilection la syphilis frappe l'aorte, et principalement la zône sus-sigmoïdienne au niveau de laquelle il est fréquent de noter à l'autopsie des plaques gélatiniformes syphilitiques. Si les lésions ne s'étendent pas, l'aortite peut ne se révéler par aucun trouble morbide, l'hypertension ne sera pas rattachée à sa cause et sera considérée comme une hypertension solitaire, alors qu'en réalité les spirochètes existent dans les parois artérielles et qu'à l'autopsie on constate soit des plaques gélatiniformes, soit un aspect raboteux, véruqueux des tuniques artérielles épaissies, avec parfois des petites saillies jaunâtres séparées par des dépressions cicatricielles. Si les lésions gagnent le plexus nerveux péri-aortique, ou intéressent l'origine des coronaires, un accès angineux éclatera qui fera rattacher l'hypertension à sa cause. Il en sera de même si le processus syphilitique intéresse et détruit les tuniques moyennes de l'aorte entraînant la formation d'une poche anévrysmale.

Si les lésions gagnent les commissures, puis les

valvules sigmoïdes aortiques soudant ou rétractant leurs bords, et empêchant leur affrontement exact, on voit apparaître des signes fonctionnels en même temps que l'auscultation confirme l'existence d'un rétrécissement ou d'une insuffisance aortique.

Enfin, l'extension de l'infection syphilitique peut se faire au myocarde, d'où la constatation fréquente à l'autopsie d'une myocardite interstitielle et scléreuse, et même au tissu rénal.

Il est en effet fréquent chez un aortique syphilitique hypertendu de constater des troubles du fonctionnement rénal, ou à l'autopsie des lésions de néphrite chronique : prolifération diffuse du tissu conjonctif interstitiel étouffant les cellules nobles et les glomérules.

La coexistence fréquente d'une néphrite donne lieu à un type rencontré couramment en clinique et sur lequel il faut insister : la néphro-aortite syphilitique.

En effet, du moment que l'aortite est syphilitique, il est naturel de penser que la lésion rénale relève de la même infection, ce que démontre d'ailleurs l'effet du traitement antisyphilitique à la fois sur les troubles rénaux ou aortiques.

Or, si la néphrite syphilitique peut co-exister avec une aortite, elle peut, dans d'autres cas, exister seule et l'on sait avec quelle fréquence on relève des syphilitiques dans les antécédents des néphrites chroniques hypertensives.

Pour Merklen, toute néphrite sèche à manifesta-

tions répétées et graves, doit faire penser à la syphilis et cet auteur cite un cas (1914) où, chez un malade ayant présenté le tableau clinique de la néphrite chronique hypertensive, on trouva à l'autopsie la preuve anatomique de sa nature syphilitique : de l'endartérite et de l'endophlébite disséminée dans les reins et les surrénales.

Des nodules miliaires sous-corticaux des reins.

Une cicatrice gommeuse de la corticale surrénale.

Il ne s'agissait pas dans ce cas d'altérations artério-scléreuses, mais bien de lésions inflammatoires diffuses de nature directement syphilitique.

Nobécourt a insisté sur la fréquence de syphilis comme cause de la néphrite chronique hypertensive chez l'enfant et cite entre autres, un cas de néphrite chronique avec tension artérielle à 25/18 chez une fillette de 13 ans.

Marcel Pinard cite un cas de néphrite chronique chez un syphilitique ancien où l'urée qui, primitivement atteignait le chiffre de 2 gr. 8 avec tension artérielle à 20/19 a baissé régulièrement à chaque injection de novarsenobenzol jusqu'à 0 gr. 60 avec une tension de 15/10 (Pachon). Cependant, l'albuminurie et le Wassermann positif persistèrent malgré ce traitement.

On peut donc observer différents types cliniques :

1° L'hypertension solitaire ;

2° L'hypertension avec signes cliniques d'aortite, compliquée parfois de crises angineuses d'insuffisance aortique, d'ectasie aortique ;

3° L'aortite associée à une néphrite chronique avec hypertension donnant le type si fréquemment observé de la néphro-aortite syphilitique ;

4° La néphrite chronique hypertensive syphilitique.

*
* *

HYPERTENSION SOLITAIRE

L'hypertension peut rester solitaire chez un syphilitique sans aucun signe traduisant une lésion artérielle ou rénale. Cette hypertension est généralement bien supportée et les malades ne se plaignent pas ou n'accusent que des troubles minimes. Parfois cependant le malade vient consulter pour un des symptômes cliniques de l'hypertension :

Céphalée frontale ou fronto-occipitale, survenant le matin au réveil ;

Vertiges lors des changements de position ;

Insomnies ;

Bourdonnements d'oreilles ;

Douleurs lombaires ;

Dyspnée d'effort ;

Palpitations ;

Epistaxis.

Certains malades supportent bien et pendant longtemps une tension artérielle très élevée quand le cœur a pu s'adapter, mais, par contre, certains malades avec une tension relativement modérée pré-

sentent rapidement des signes d'insuffisance cardiaque.

Ultérieurement, chez ces malades présentant une hypertension solitaire peuvent apparaître des signes traduisant l'atteinte aortique ou rénale et le malade présente alors un des types suivants :

*
* *

NEPHRITE CHRONIQUE HYPERTENSIVE SYPHILITIQUE

Dans d'autres cas, on se trouve en présence d'une néphrite chronique hypertensive syphilitique où, aux symptômes dus à l'hypertension, s'associent les troubles provenant de l'insuffisance de la dépuration rénale (prurit, cryesthésie, crampes, dyspnée ou céphalée toxiques). On note le syndrôme urinaire classique : urines abondantes, claires, peu toxiques, albumineuses. Les méthodes d'exploration des fonctions rénales montrent un déficit considérable du fonctionnement des cellules rénales. On constate, en outre, la présence du syndrôme cardio-vasculaire :

Pouls vibrant ;

Minima très élevée avec maxima également forte ;

Hypertrophie cardiaque avec bruit de galop typique.

Ce tableau clinique est d'ailleurs le tableau classique de la néphrite chronique hypertensive, quelle qu'en soit la cause.

NEPHRO-AORTITE SYPHILITIQUE

La néphro-aortite syphilitique, très fréquemment rencontrée en clinique, se caractérise par l'association de troubles fonctionnels dus à l'aortite : douleur rétrosternale parfois épigastrique, particulièrement intense et tenace et des troubles classiques traduisant l'insuffisance de la dépuration rénale.

A l'examen on peut noter l'élévation de la crosse et de la sous-clavière, un souffle râpeux, systolique, à la base, ou l'accentuation du deuxième bruit qui peut prendre un éclat clangoreux.

La radio peut montrer deux types d'images : soit crosse augmentée dans tous ses diamètres, pâle et animée de battements, soit des diamètres presque normaux avec des battements imperceptibles et une opacité augmentée.

La tension artérielle dans ces néphro-aortites est typique ; elle est très élevée et reste en permanence à un chiffre très supérieur à la normale. Les deux tensions sont à la fois augmentées, la maxima peut atteindre 25 et même 30 ; les minima atteignent 14 et 16.

*
* *

INFLUENCE DE L'APPARITION D'UNE INSUFFISANCE AORTIQUE SUR LA TENSION MINIMA

Quand une insuffisance des valvules aortiques

s'établit chez un aortique syphilitique, on note un abaissement de la minima par suite du reflux sanguin à travers l'orifice béant des sigmoïdes artérielles, tandis que la maxima bouge peu.

Dans les insuffisances d'origine syphilitique on note, en effet, une maxima généralement forte, plus élevée que dans l'insuffisance rhumatismale ; c'est, d'ailleurs, dans les insuffisances syphilitiques que la maxima peut atteindre les chiffres les plus élevés, tandis que dans l'insuffisance rhumatismale, elle est normale ou au plus de 2 à 3 c/m supérieure à la normale.

La minima est élevée si, comme c'est fréquent, il y a à la fois néphrite et aortite. Sans cela, elle est normale ou légèrement au-dessous de la normale. Dans l'ensemble, elle est un peu plus élevée que dans l'insuffisance rhumatismale où elle est inférieure de 2 à 3 c/m à la normale.

Pour Amblard, une minima supérieure à 10 en cas d'insuffisance artérielle en prouve l'origine syphilitique.

La pression différentielle dans l'insuffisance artérielle est considérable, supérieure à celle de la maladie de Corrigan, quoique la minima soit souvent normale ou supérieure à la normale, car la maxima est extrêmement élevée. On note de plus par la méthode oscillatoire, les amples déplacements de l'aiguille ou par la méthode auscultatoire la vibrance très grande des sons. Notons qu'on peut constater dans ces insuffisances artérielles une tension plus

élevée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. En effet, en cas d'insuffisance des sigmoïdes aortiques, la tension est d'autant plus élevée qu'on s'éloigne davantage du cœur.

*
* *

INFLUENCE DU DEVELOPPEMENT D'UN ANEVRISME SUR LA TENSION ARTERIELLE

Le développement d'une ectasie aortique chez un syphilitique trouble peu la tension même lorsque la poche anévrismale est volumineuse, mais on peut noter de l'inégalité de tension des deux artères humérales, quand la poche siège entre l'origine du tronc brachio-céphalique et la sous-clavière gauche, généralement 1 à 2 cm de Hg., 3 cm au plus. Une faible inégalité n'a que peu d'importance diagnostique, car souvent chez un sujet normal on peut constater une différence de 1 centimètre. De plus, l'existence d'une plaque d'athérome ou d'une plaque gélatiniforme venant rétrécir l'orifice d'un gros vaisseau peut entraîner une différence de tension artérielle entre les deux bras de 2 à 3 cm.

*
* *

POUSSEES HYPERTENSIVES LORS DES CRISES ANGINEUSES AIGUES

Il est fréquent de voir apparaitre des crises angi-

neuses chez les aortiques syphilitiques avec douleur rétro-sternale vive, angoisse extrême et constriction thoracique. Parfois, la tension ne varie pas pendant la crise, mais le plus souvent elle augmente rapidement pour redescendre au chiffre primitif une fois l'accès terminé. On l'a vue (Lian) monter de 17/10 à 20/10 pour redescendre à 17/10 après la crise, ou même monter de 95 à 180 et 250.

On ne peut prétendre que l'hypertension passagère soit due à la douleur, car l'hypertension persiste même après une piqûre de morphine.

Il faut noter que lorsque la défaillance cardiaque s'accentue, les crises angineuses ont tendance à disparaître.

*
* *

DES HYPERTENSIONS SYPHILITIQUES
EVOLUTION

Même lorsqu'une hypertension syphilitique reste cliniquement pure, après une phase plus ou moins grande de tolérance, elle aboutit graduellement à l'insuffisance des cavités gauches puis droites. Dans la néphro-aortite où s'ajoutent à l'hypertension la sclérose rénale et les lésions aortiques, l'évolution est plus rapide. La mort peut même survenir brusquement au cours d'un accès d'angor ou par la rupture d'un anévrisme aortique ou d'une artère cérébrale.

Si aucune complication ne se produit, l'évolution

se fait rapidement vers l'asystolie à la suite de crises répétées de distension cardiaque aigue avec poussées œdémateuses pulmonaires. Pendant ces crises, révélant ainsi le fléchissement du myocarde, la tension artérielle maxima s'abaisse notablement, parfois de 24 à 15, pour se relever jusqu'à un certain point, une fois la crise terminée. Mais petit à petit, la maxima s'abaisse, tandis que la minima reste au même taux ou même s'élève par suite de l'insuffisance de la dépuration urinaire surajoutée, d'où, diminution de la pression différentielle.

Parfois, dans l'insuffisance cardiaque progressive, on voit brusquement tomber la pression maxima par suite de la dilatation du ventricule gauche, entraînant une insuffisance mitrale fonctionnelle. Cette chute de tension s'accompagne de l'apparition d'un souffle systolique de la pointe qui peut disparaître ensuite quand la tension redevient normale après quelques jours. Cette insuffisance, quoiqu'elle indique la défaillance du cœur, et sa distension, peut avoir un effet favorable en facilitant la circulation artérielle. Puis, quand après les cavités gauches, les cavités droites se laissent distendre, la pression différentielle diminue encore, la maxima baissant toujours par suite de l'épuisement progressif du myocarde, tandis que s'élève la minima sous l'influence de l'encombrement veineux.

Le pronostic dépend surtout du chiffre de la minima. Un affaiblissement de la maxima que ne suit pas un abaissement proportionnel de la minima doit être considéré comme un indice d'une aggravation ou

d'insuffisance cardiaque. Le traitement antisyphilitique explique que le pronostic soit moins sombre chez les hypertendus syphilitiques que dans les hypertensions d'autres causes.

*
* *

HYPOTENSION SYPHILITIQUE

L'hypotension se rencontre également, mais avec beaucoup moins de fréquence chez les syphilitiques. C'est surtout à la période secondaire qu'on l'observe et principalement dans les syphilis virulentes avec atteinte de l'état général : pâleur, asthénie. L'hypotension est passagère et s'atténue par le traitement causal.

Elle relève de causes complexes : soit action des toxines sur les centres vaso-moteurs, soit lésions des glandes endocrines (surrénale ou hypophyse). C'est ainsi que chez un malade en pleine syphilis secondaire avec roséole et plaques muqueuses, on a vu (Blum 1916 apparaître un syndrôme d'insuffisance surrénale : asthésie, vomissements, ligne blanche, type pseudo-péritonéal et hypotension. En effet, dans ce cas, la tension baisse en huit jours de 14/7 à 10/5 pour remonter à 14/8 après huit jours de traitement par l'adrénaline. De même on a constaté l'existence de lésions des surrénales dans les syphilis secondaires avec présence de tréponèmes dans les glandes surrénales.

A la période tertiaire la syphilis peut également abaisser la tension soit en détruisant les surrénales, soit en troublant le jeu régulier des cavités cardiaques : les troubles du rythme diminuent la pression, soit en ralentissant les contractions, soit en les accélérant au point de les rendre inefficaces ; la maladie de Stokes-Adams avec ses pauses ventriculaires, l'extra-systole avec sa pause compensatrice, entraînent également l'hypotension, il en est de même pour l'alternance du cœur.

On peut de plus observer l'hypotension chez les syphilitiques, quand la syphilis est associée à une maladie hypotensive telle que le paludisme et la tuberculose.

*
* *

TRAITEMENT

La notion des syphilis comme cause fréquente de l'hypertension est des plus intéressantes au point de vue thérapeutique, car elle permet d'associer au traitement hypotenseur le traitement causal qui seul peut arrêter l'évolution vers l'insuffisance cardiaque définitive. De plus cette notion conduit à faire au malade un traitement préventif avant l'éclosion des accidents, traitement d'autant plus efficace qu'il sera plus précoce.

Il faut donc surveiller la tension artérielle chez les anciens syphilitiques, comme on surveille les ré-

flexes et le liquide cephalorachidien dans la crainte d'un tabès ou d'une paralysie générale qu'un précoce suffisamment intensif peut enrayer alors que la thérapeutique resterait impuissante devant des lésions définitivement constituées.

Les règles du traitement sont dominées par l'état du cœur et des reins, aussi faut-il envisager séparément les différents types cliniques de hypertension syphilitique.

*
* *

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION BIEN COMPENSEE

Dans les cas d'hypertension solitaire bien compensée, il faut considérer le malade un syphilitique pur, et lui faire un traitement immédiat, intense et prolongé.

On peut employer l'*arsenic*, surtout comme traitement d'attaque, sous forme de novarsenobenzol intra-veineux. On débute par des doses très faibles et on augmente très progressivement tous les cinq ou sept jours sans dépasser une dose moyenne.

On peut par exemple faire une série de piqûres de: 15, 20, 25, 30, 35, 45, 50, parfois 60, mais sans aller au-delà.

On fait en moyenne une série tous les trois mois.

Le traitement est bien supporté tant que l'appareil cardio-rénal n'est pas lésé, car c'est surtout dans les

myocardites de même que dans les hépatites (chez les anciens paludéens), ou encore quand le rein est devenu insuffisant, que l'on voit survenir des accidents. L'arsenic calme rapidement les douleurs, et entraîne une chute de tension qui s'explique par différents mécanismes (Sabrazes) :

1° Par la baisse de tension suivant une injection intra-veineuse ;

2° En modifiant les lésions cardio-vasculaires, agissant ainsi sur les causes de l'hypertension ;

3° En provoquant une action dépressive sur les glandes surrénalees.

On peut employer le *mercure* et principalement les sels solubles car les sels insolubles sont lents et douloureux.

Le traitement de choix est le cyanure intra-veineux peu toxique et diurétique. On fait plusieurs séries de piqûres de 1 ctgr. ou 1 ctgr. 1/2 tous les deux jours. On évite d'en laisser passer dans le tissu sous-cutané, de crainte d'une escharre. On comprime et on malaxe la région après la piqûre pour éviter le reflux du sang fréquent à travers l'orifice dans certaines artères athéromateuses. On peut noter des accidents intestinaux : coliques, diarrhée, parfois diarrhée sanglante, qu'on combat par les opiacées ou le carbonate de bismuth (1 gr. par jour pendant toute la durée du traitement). De même, on surveille la bouche, car la stomatite est fréquente : On la prévient par les gargarismes et le chlorate de potasse.

Le *bismuth*, nouveau venu dans la thérapeutique

antisyphilitique, donne de bons résultats, quoique peut être moins rapides. Son utilité est grande chez les malades arseno ou mercuro-résistants.

On l'emploie soit seul, intra-musculaire, ou associé à l'arsenic, car mercure et bismuth donnent tous deux de la stomatite.

L'*iodure de potassium* (ou le lipiodol), très employé autrefois chez les hypertendus a une influence heureuse chez les hypertendus syphilitiques. Parfois cependant il accentue l'insuffisance rénale, et peut provoquer des poussées pulmonaires oédémateuses, aussi ne faut-il l'employer que quand le rein est sain.

Le traitement est le même chez les aortiques avec ectasie quand le sujet est jeune et résistant. Il faut faire un traitement intensif et prolongé, car si on ne peut espérer guérir les lésions destructives de la tunique moyenne, on peut limiter l'envahissement du processus syphilitique et diminuer les symptômes de compression médiastinale.

*
* *

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION AVEC DEBUT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Quand l'hypertension a fini par surmener le cœur, l'insuffisance cardiaque et rénale s'associe à l'hypertension, le malade est à la fois un cardiaque et un rénal, et il faut combiner les deux traitements. De plus ici, le traitement anti-syphilitique doit être pru-

dent; il faut craindre d'augmenter la défaillance du myocarde, et en introduisant des substances toxiques dans l'organisme, d'accroître l'insuffisance de la dépuration rénale.

L'arsenic est ici dangereux surtout dans les néphro-aortites où il peut entraîner une crise grave d'oédème pulmonaire. Tout au plus peut-on recourir à l'arsenic sous-cutanée sous forme de sulfarsenol.

Le cyanure de mercure doit être préféré ; il est bien supporté dans la néphrite par suite de ses propriétés diurétiques et augmente peu la défaillance cardiaque ; de même le bismuth intra-musculaire peut être employé.

A ce traitement anti-syphilitique on associe le traitement toni-cardiaque : digitale à petite dose, dix gouttes chaque jour pendant cinq jours.

En cas de crises hypertensives angineuses, on peut faire appel au traitement hypotenseur :

Nitrite d'amyle: quelques gouttes en inhalations;

Trinitrine selon la formule de Vaquez :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 % : 50 gouttes ;

Chlorhydrate d'héroine : 6 centgr.;

Sirop d'éther : 30 gr.;

Eau de tilleul q.s.p.: 100 cmc.

4 à 5 cuillerées à café dans les 24 heures.

Nitrite de soude sous forme de pilules kératinisées (ce qui empêche la destruction du nitrite par le suc gastrique) :

Extrait de gui : 0 gr. 07 ctgr.;

Nitrite de soude : 0 gr. 05 ctgr.;

Pour une pilule n° 30 : 3 par jour.

Benzoate de benzyle, médicament récent qui paraît un bon hypotenseur, à moins d'insuffisance cardiaque avancée et qui serait peu toxique : 20 gouttes de solution alcoolique au 30° par jour.

De plus il est utile de pratiquer une saignée importante : 300 à 500 gr.

Enfin, il faut évidemment associer au traitement toni-cardiaque le régime : réduction de la radiation alimentaire surtout au point de vue carné.

Suppression de tous les excitants : café, alcools, vins, épices;

Réduction des boissons à 1 litre 1/2.

*
* *

HYPERTENSION ARRIVEE A LA PHASE DE L'ASYSTOLIE COMPLETE

Arrivée à la phase de défaillance complète, il serait illusoire et dangereux d'essayer le traitement antisyphilitique. Les considérations étiologiques ont perdu ici tout intérêt et il vaut mieux renoncer au traitement causal, pour ne plus considérer le malade que comme un cardiaque.

Il faut lutter contre l'insuffisance cardiaque en abaissant la minima et en élevant la maxima. L'hypertension ne devant plus être crainte, mais considérée comme un mécanisme compensateur nécessaire.

On donnera des toni-cardiaques : Digitale à haute dose, 60 gouttes en deux jours.

Oubaine intraveineux : 1/4 mgr. chaque jour, pendant 4 jours, en même temps que des diurétiques (théobromine).

Le régime sera très strict : diète lactée ou même diète hydrique.

*
* *

TRAITEMENT DE L'HYPOTENSION

Le traitement est le même que celui de l'hypertension, mais au traitement anti-syphilitique, il faut associer les reconstituants : arsenic, fer, opothérapie surrénale.

*
* *

On obtient par le traitement ainsi conduit de très bons résultats quand on agit précocement, avant que les lésions soient irréductibles. En même temps que s'amendent les troubles fonctionnels, on voit s'abaisser à la fois tension maxima et tension minima jusqu'à leur chiffre normal.

OBSERVATION I

Hypertension syphilitique pure à 22/12 s'étant abaissée à 17/11 par le traitement (lipiodol et quinby).

M. E. B., employé de chemins de fer, 49 ans, vient consulter à Necker (avril 1923) dans le service du Dr Brouardel, pour douleurs articulaires avec craquements dans l'épaule droite et les deux genoux, ayant débuté vers le 25 décembre 1922, date à laquelle le malade semble avoir présenté un ictus léger (paralysie faciale passagère).

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, sauf un frère mort tuberculeux.

Antécédents personnels. — Femme bien portante, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Aucune maladie grave dans l'enfance.

Fièvre typhoïde au régiment.

Histoire de la maladie. — Actuellement, douleur dans l'épaule droite, pollakiurie, brouillards devant les yeux, cryesthésie, œdème bimalléolaire le soir, cédant au repos de la nuit.

Examen. — Cœur : Rien d'anormal.

Poumons : Emphysème.

Urée : Albumine : 0, sucre : 0.

Tension artérielle (Vaquez) 22/12.

Wassermann partiellement +.

Traitement : Trois pilules de lipiodol par jour.

4 *avril* 1923. — Amélioration des douleurs.
Tension artérielle abaissée à 20/12.
10 piqûres de lipiodol.

25 *avril* 1923. — Amélioration.
Traitement : une série de 10 piqûres de quinby.

6 *novembre* 1923. — Le malade n'a pas reçu d'autre traitement depuis mai, la tension artérielle est remontée à 22/12. Persistance de quelques douleurs dans la jambe droite.
Urée sanguine : 0,35.
Traitement : seconde série de 10 piqûres de quinby.

28 *novembre* 1923. — La seconde série de quinby est terminée, encore quelques douleurs dans la jambe apparaissant surtout lors de la fatigue, 2e bruit un peu claqué. La tension artérielle s'est abaissée à 17/12-11.

1er *décembre* 1923. — Tension artérielle 17/11. Radio : Aorte dilatée.

*
* *

OBSERVATION II

Hypertension syphilitique pure
s'étant abaissée de 25/10 *à* 17/10
sous le traitement lipiodol et cyanure.

M. L., mécanicien, âgé de 53 ans, vient consulter

le 28 juin 1921, à Necker, dans le service du Dr Brouardel. Vient consulter pour douleur précordiale.

Antécédents. — A 19 ans, chancre syphilitique, plaques muqueuses. Pilules de Hg pendant deux mois. Paludisme.

Histoire de la maladie. — Depuis quelque temps, névralgies précordiales survenant par crises et vertiges le matin en se levant.

Amélioration passagère à la suite d'un traitement toni-cardiaque et de calmants.

En janvier 1921, réapparition des douleurs et des vertiges.

Examen. — Cœur : Nombreuses extrasystoles, ébauche de galop.
Pouls : Tendu et bondissant, artères un peu dures.
Poumons : Emphysème et bronchite.
Urée sanguine : 0 gr. 25.
Albumine et sucre : 0.

Tension artérielle : 25/10 *au Pachon.*

Traitement : 12 cyanure intraveineux, 15 gr. de sulfate de soude tous les quinze jours.

5/ 7/21	25/11	(Pachon). Tr. trinitrine; nitrite de soude. Lipiodol Lafay. Régime végétarien.
13/ 2/21	19/10	
20/ 9/21	20/10	
27/ 9/21	20/10	
4/10/21	20/10	Amélioration des troubles fonctionnels. Cependant, persistance de quelques vertiges avec sensation d'instabilité.

		Traitement : Lipiodol sous-cutané tous les deux jours (5 cmc)).
8/11/21	19/10	*Nouvelle série de cyanure :* 12 *piqûres.*
3/ 1/22	17/10	Ebauche de galop.
31/ 1/22	17/10	Persistance de l'amélioration. Pas de traitement.
1/ 8/22	19/10	Après une élévation de tension, état vertigineux ayant duré mouvement environnant, de sept heures, sensation de chute avec vomissements.
1/10/22	18/10	
19/22/22	19/8 1/2	Grippe.
21/ 2/23	19/10	Retour à la dyspnée d'effort, légère tendance au galop.
14/ 3/23	18/10	
22/ 5/23	18/12	Après bronchite. Urée: 0 gr. 35.
6/ 6/23	18/10	
4/ 7/23	17/10	
10/10/23	17/10	

*
* *

OBSERVATION III

M. R. D., cocher, 66 ans.

Antécédents personnels. — Chancre syphilitique à 21 ans.

Paralysie faciale il y a douze ans. Soigné par des piqûres d'hectine.

En 1913, œdème malléolaire le soir. Albuminurie : 1 gramme.

En novembre 1921, crise de dyspnée. W.: 0.

Etat actuel. — Dyspnée d'effort, gêne et angoisse précordiale.

Examen. — Cœur : Rien à signaler.

Tension artérielle : 21/9 (Pachon). Albuminurie : 0 gr. 50. Urée sanguine : 0 gr. 60. W : 0.

20 *juin* 1922.

Tension artérielle : 22/11.

9 *octobre* 1922.

Tension artérielle : 26/14.

Albuminurie abondante.

Traitement : Deux séries de 10 piqûres de cyanure à 1 cent.

7 *novembre* 1922.

Tension artérielle : 22/10.

5 *décembre* 1922.

Tension artérielle : 24/12. Arythmie.

25 *mars* 1923.

Urée : 0 gr. 66.

4 *avril* 1923.

Tension artérielle : 26/12.

6 *juin* 1923.

Tension artérielle : 22/11.

12 *juillet* 1923.

Tension artérielle : 22/12.

*
* *

OBSERVATION IV

Hypertension solitaire à 23/12
s'étant abaissée à 15/12 *par le cyanure de Hg.*

P., 66 ans, vient consulter pour des vertiges, des fourmillements et des faiblesses du côté droit. Syphilis

à 20 ans. Leucoplasie linguale. Tension artérielle, 23/12 au Vaquez.

Traité pendant un an par une série mensuelle de 12 piqûres de cyanure de Hg. Abaissement considérable et permanent de la tension artérielle qui, depuis trois ans, se maintient à 15-16 maximum et 10 minimum.

Amélioration de l'état général et disparition à peu près complète de la leucoplasie.

*
* *

OBSERVATION V

Hypertension à 22/12 au cours d'une syphilis secondaire

Mlle Anna R., âgée de 25 ans, vient nous consulter le 25 décembre 1922 pour des troubles moteurs et sensitifs localisés au côté gauche, mais prédominants au membre supérieur. Ces accidents ont débuté quinze jours auparavant par des fourmillements à l'extrémité des doigts de la main gauche, suivis bientôt des mêmes troubles dans le membre inférieur du même côte. A ces phénomènes sensitifs s'ajoutèrent, les jours suivants, une sensation de lourdeur et d'impotence légère de tout le côté gauche. A l'examen, la force musculaire était légèrement diminuée du côté atteint et l'on notait la perte du sens stéréognostique ; la malade était incapable, les yeux fermés, de reconnaître la nature d'un objet usuel placé dans la main gauche malgré la possibilité, la motilité étant conservée, d'en explorer les contours et le relief.

La nature de ces troubles et leur apparition dans le jeune âge nous fi rent, dès le début, soupçonner la syphilis dont il était d'ailleurs aisé de démontrer l'exis-

fence. La malade présentait, en effet, sur tout le corps, et plus particulièrement sur les jambes et la région lombaire, des cicatrices multiples, les unes arrondies, à fond lisse et blanchâtre, les autres à bord polycyclique, bordées à la périphérie d'une forte pigmentation. Le diagnostic était d'autant plus facile qu'en un point, au niveau de l'épaule gauche, il existait à la périphérie d'un placard cicatriciel toute une série d'éléments en activité, caractérisés par l'infiltration, la teinte cuivrée, c'est-à-dire par des détails morphologiques qui ne sauraient prêter à erreur. En outre, on notait sur tout le corps et plus particulièrement sur les membres inférieurs, des zones congestives, de teinte cyanotique, disposés d'une façon variable suivant les différents segments du corps et dont l'orientation capricieuse échappe à toute description.

En septembre 1921, cette malade eut à souffrir d'une angine prédominante à droite et accompagnée d'une dysphagie intense. Cette angine, très peu fébrile, puisque la température ne dépassa pas 37°5-38°, aurait duré cinq mois et se serait accompagnée d'adénopathies sous-maxillaires bilatérales, mais plus volumineuses à droite. Il s'agissait sans doute de plaques muqueuses. Vers la fin de l'angine, la malade constata sur tout le corps l'apparition de lésions qui furent alors qualifiées de furoncles et dont la suppuration persista pendant un an et aboutit aux cicatrices que l'on observe actuellement. Pendant toute l'évolution de ces accidents, l'état général fut profondément atteint, l'amaigrissement marqué, l'asthénie profonde, et la céphalée très pénible.

Au moment où la malade vint nous consulter, l'état général était encore des plus précaire ; il s'agissait d'une jeune femme amaigrie, pâle, aux muqueuces décolorées et dans un grand état de faiblesse. Les urines étaient

albumineuses, et la tension artérielle mesurée avec le Pachon à double poche atteignait 22-12.

Sous l'influence du traitement par le cyanure de mercure et le quinio-bismuth (12 piqûres de chaque), les accidents en activité au niveau de l'épaule guérirent rapidement ; l'état général s'améliora, le teint redevint normal, le poids augmenta et l'asthénie disparut. Pendant que les stigmates de la déchéance physique s'effaçaient, les troubles sensitifs et moteurs des membres qui avaient attiré l'attention de la malade s'amélioraient parallèlement et la tension artérielle s'abaissait en un temps relativement court à 17/10. Puis à 15/10 après une nouvelle série de Quinby. Mais W: partiellement +.

*
* *

OBSERVATION VI

Hypertension à 22/13
compliquée d'hémorragie méningée.

M., 43 ans, vient consulter pour de violents maux de tête remontant à une quinzaine de jours à maximum le soir et surtout du côté droit de la tête. Syphilis à 20 ans, chancre, plaques muqueuses. Enfant mort à 4 mois de méningite. Tension 22/13 au pachon à double poche classique. Le surlendemain, ictus avec hémorragie méningée le matin en allant à la selle. Au bout de huit jours, paralysie du moteur commun et nouvel ictus.

*
* *

OBSERVATION VII

B., 45 ans. Trois petits ictus avec perte de connais-

sance passagère en mars dernier. Syphilis mal traitée à 29 ans, absence de névralgies, ni essoufflement, mais tension artérielle au Pachon à double poche, 23/12. Double souffle aortique classique. Choc en dôme. Albumine, 0 gr. 30.

Sous l'influence du traitement (cyanure), l'albumine diminue et tombe à 0 gr. 07. La tension fléchie après chaque série de piqûre pour tomber à 18/10 ; mais est ensuite remontée au chiffre initial.

A eu quatre séries de cyanure, 15 piqûres en mai, 14 en juin, 11 en août et 15 en novembre.

Amélioration de l'état général ; aucun trouble fonctionnel.

*
* *

OBSERVATION VIII

M. L., charpentier, 71 ans. — Entré le 31 janvier 1923 à Necker, salle Bouley, n° 16.

Entré pour douleurs lombaires.

Antécédents héréditaires:

Mère morte à 82 ans;

Père mort du choléra;

Deux sœurs mortes à 52 et 51 ans.

Antécédents personnels:

Pas de maladie antérieure;

Femme morte à 38 ans;

Sept enfants, l'un tué à la guerre, les autres n'ayant vécu que quelques années.

Histoire de la maladie:

Depuis sept à huit ans, douleurs lombaires à l'occasion de mouvements, très vives quand le malade doit se baisser ou se relever, vertiges, douleurs dans les membres inférieurs.

Examen:

Cœur. — Double souffle diastolique et systolique de la base;

Pouls régulier, bien frappé;

Réflexe rotulien très diminué;

Pas d'Argyll, mais pupille droite plus grande que la pupille gauche;

Pas d'incoordination;

Tension artérielle : 21,6/1/2 ;

Radio: 3 février 1923: *aorte très dilatée,* 4 cm 8, cœur couché sur le diaphragme;

Wassermann partiellement positif ;

Urée : 0 gr. 45;

Albumine et sucre: 0.

Traitement: Deux grammes par jour de K. I. pendant 12 jours.

Tension artérielle le 18 février : 19/8.

*
* *

OBSERVATION IX

Hypertension artérielle à 23/11 chez un malade présentant des signes de spécificité aortique et nerveuse, ayant diminué à 19/9 par le bismuth.

M. P. P...., cuisinier, âgé de 58 ans;

Entré le 15 août 1923 à Necker, salle Bouley, n° 33.

Entré pour faiblesse des jambes et maladresse des mains.

Pas d'antécédents héréditaires notables;

Antécédents personnels: chancre à 16 ans, éthylisme, cirrhose hépatique soignée en 1912;

Examen: Système nerveux:

Maladresse et incoordination des mouvements.

Gène de la parole et de la déglutition;
Réflexes forts;
Babinski bilatéral;
Pas d'Argyll;
Anesthésie aux membres inférieurs;
Marche en traînant les pieds, titubation;
Pas de Romberg;
Affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire.

Cœur :

Souffle systolique à la base;
Clangor aortique;
Souffle systolique à la pointe.

Poumons :

Emphysème et poussée de bronchite;

Tension artérielle: 23/11.

Wassermann négatif;
Urée: 0 gr. 50.

Traitement: 12 piqûres de quinby de 2 cmc.

La tension artérielle s'abaisse le 12 septembre à 20 1/2/11 1/2.

Le 21 septembre, à 19/9.

*
* *

OBSERVATION X

Hypertension artérielle à 22/10 chez un syphilitique tuberculeux, avec insuffisance aortique.

M. C. W...., 64 ans, relieur.

Entré le 20 décembre 1922 à Necker, salle Renon, n° 23.

Entré à l'hôpital pour bronchite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 73 ans paralysé depuis six mois. Mère morte à 68 ans, deux sœurs mortes à 60 et 55 ans.

Antécédents personnels. — Hospitalisé pendant deux ans à l'Enfant-Jésus et pendant un an à Berck pour abcès froids dans le jeune âge.

Bronchite tous les hivers.

Première femme morte tuberculeuse à 40 ans.

Deux enfants bien portants placés à la campagne.

Un enfant mort à 5 ans de méningite;

Deuxième femme morte également à 40 ans, tuberculeuse, pas d'enfant;

Pleurésie avec épanchement, il y a un an;

Histoire de la maladie. — Début il y a quinze jours, par dyspnée d'effort, toux, expectoration.

Examen: Sclérose pulmonaire:

Cœur : Double souffle aortique;

Pointe dans le cinquième espace en dehors du mamelon ;

Arythmie Extrasystole ;

Cicatrices de la jambe gauche d'aspecr spécifique;

B. K.: 0;

T.: 37;

Tension artérielle:

22/10 au membre supérieur droit

20/10 au membre supérieur gauche

25/11 au membre inférieur droit

26/11 au membre inférieur gauche

Urée sanguine: 0,40;

Wassermann positif;

Albumine : 0.

Traitement : 20 gouttes de digitaline. Puis, dès que le cœur est redevenu suffisant, deux séries de piqûres de cyanure de mercure à 1 ctgr. La tension artérielle s'abaisse à 20/9 après la première série (11janvier 1923). A 19/9 après la deuxième série.

OBSERVATION XI

Aortite avec tension à 19/12 chez un tabétique.

M. A. J...., 57 ans, entré en décembre 1923 à Necker, salle Boulay, n° 13.

Antécédents personnels. — A 30 ans, chancre syphilitique soigné par du protoiodure pendant un an;

Pendant 22 ans, pas d'accidents;

Vers 52 ans, apparition de douleurs fulgurantes aux membres inférieurs;

Langue fissurée.

On diagnostique un tabès. Traitement de néo pendant deux ans, qui améliore la langue mais non les douleurs. Ensuite, Quinby jusqu'à maintenant, qui rend les douleurs moins intenses et plus rares.

Vers le début de novembre, arrêt du Quinby remplacé par des pilules d'iodaseptine.

Histoire de la maladie. — Depuis 15 jours, apparition de phénomènes dyspnéiques. Première crise: le 15 novembre pendant la nuit. Sensation d'oppression thoracique avec gêne respiratoire soulagée par la position assise. La crise cède après deux ou trois heures. Depuis, 2 ou 3 crises analogues, la dernière plus forte, à la suite d'une marche.

Examen: 5 décembre 1923.

Système nerveux: Peu de troubles de la marche, Romberg positif sur un seul pied;

Réflexe cutané: plantaire en extension ;

Réflexe achlléen: 0

Argyll positif;

Myosis léger;

Cœur : deuxième bruit claqué, petit souffle râpeux aortique;

Tension artérielle:

19/12 le 6 décembre;

18/11 le 8 décembre, après repos et diète lactée;

Langue : leucoplasie;

Foie : augmenté de volume;

Urée : 0 gr. 5;

Radio: 8 décembre: cœur augmenté de volume; aorte très dilatée: 6 cm. (battements de faible amplitude, opacité augmentée, aorte descendante très visible).

*
* *

OBSERVATION XII

Hypotension diastolique à 14 1/2/2 1/2 dans un cas d'aortite avec anévrisme ayant entraîné la dilatation de l'orifice aortique. Autopsie.

Mme C. V...., 24 ans, femme de ménage. — Entrée à Necker, salle Renon, n° 7, le 5 décembre 1923.

Entrée pour dyspnée d'effort intense.

Antécédents héréditaires. — Père paralysé mort au cours d'une crise d'angor;

Antécédents personnels. — Pas d'enfant, pas de fausse-couche, pas de maladie;

Histoire de la maladie. - Début il y a quatre jours par dyspnée intense étant survenue assez brusquement, n'ayant pas cessé depuis, soulagée partiellement par la position assise. Douleur violente dans la région rétro-sternale, irradiant vers l'espace sous-claviculaire droit et le bras droit, ayant persisté pendant trois jours.

Examen:

Cœur : Thrill précordial;

Souffle diastolique au foyer aortique, se propageant vers l'aisselle droite.

Souffle systolique au foyer aortique.

Foie: un peu gros;

Tension artérielle: maxima 14 1/2;

minima 2 1/2.

CONCLUSIONS

1° Chez tous les malades présentant des modifications de la pression sanguine et principalement chez les hypertendus, il faut penser à la syphilis et la rechercher. La syphilis est, en effet, un des facteurs les plus fréquents des troubles de la pression artérielle.

2° Le mécanisme de ces troubles est encore discuté ; il st probable qu'interviennent à la fois des lésions de l'aorte, des capillaires périphériques, des reins et des glandes vasculaires sanguines.

3° Cette notion de la fréquence de la syphilis chez les hypertendus, est des plus intéressantes au point de vue thérapeutique, car elle permet par le traitement étiologique d'arrêter la marche d'une infection qui évoluerait fatalement vers l'insuffisance cardiaque définitive.

4° Il faut, pour obtenir de bons résultats, que le traitement anti-syphilitique soit institué à temps, avant qu'il se soit produit des scléroses définitives, qu'il soit suffisamment intense et suffisamment prolongé.

Quand l'hypertendu syphilitique est arrivé à la phase de défaillance cardiaque, il est alors trop tard pour lutter contre la syphilis, le malade n'est plus qu'un cardio-rénal et doit être traité comme tel.

Vu, *le Doyen*,
ROGER.

Vu, *le Président*,
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

AMBLARD. — Paris médical 14 juin 1913, *Hypertensions artérielles permanentes suivant l'âge.*
Paris médical, mai 1911, *Hypertension artérielle.* Archives générales de médecine, 1904, page 520.

AUBERTIN. — *Tension artérielle dans insuffisance aortique*, Journal médical français, décembre 1921

BORDET. — *Diagnostic radiologique des aortites.*

G. BROUARDEL et L. GIROUX. — Paris médical, 25 août 1923, *Hypertension syphilitique secondaire.*

ESMEIN. — Gazette des Hôpitaux 1914, n° 7. *Revue générale sur l'hypertension artérielle.*

ETIENNE. — 14e Congrès de médecine. *Syphilis cardio-vasculaire.*

FIESSINGER. — Académie de médecine, 16 août 1912: *Formes curables de l'hypertension artérielle permanente.*

GALLAVARDIN. — *La tension artérielle en clinique.*

HUTINEL. — *Néphrite chronique i nterstitielle hypertensive chez l'enfant.* Gazette des Hôpitaux, 7 oct. 1923.

LIAN. — Presse Médicale, 14 mars 1914. *Du rôle étiologique de la syphilis dans les aortites.*

SERGENT. — *Maladies du cœur.*

LEREBOULLET. — Paris Médical 1922, n° 26. *Maladies du cœur et des vaisseaux.*

LEVISON. — (Journ. amér. méd. assoc.), septembre 1916 *Résultat du traitement antisyphilitique chez les hypertendus.*

MERKLEN. — *Néphrite chronique hypertensive syphilitique* (Société anatomique juin 1914).

PINARD (Marcel). — *Néphrite azotémique chez un syphilitique ancien* (p. m.)

PERRIN et G. RICHARD. — *L'hypertension artérielle* (Actualités médicales).

RIST. — Société médicale des Hôpitaux. *Un cas d'aortite avec crise hypertensive.* 22 juin 1906.

STOLL. — (Amer. journ. of the medecine science) Août 1915. *Rôle de la syphilis dans les maladies cardio-vasculaires hypertensives.*

VAQUEZ. — *Maladies du cœur.*
Paris Médical, 2 juillet 1921. *Passé, présent et avenir des hypertendus.*

WIDAL et BRODIN. — (Soc. méd. des Hôpitaux). *Hypertension artérielle sans néphrite.* 2 juillet 1905.